



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS  
GASTROINTESTINALES EN PERSONAS EDÉNTULAS DE  
LA 3ª. EDAD. CLÍNICA ISSSTE XALOSTOC, EDO. DE  
MÉXICO. 2007**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**PATRICIA SIERRA CORRAL**

**DIRECTORA: MTRA. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO  
ASESOR: DR. JOSÉ BACA ZÚÑIGA**

MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# *DEDICATORIA*

*a*

*MARISHA EUGENIA*

*Quien ha sido mas que hermana, amiga, compañera, y confidente. Sin ti no  
habría llegado tan lejos.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A Martha Eugenia, por todo su cariño y apoyo*

*A mis padres y hermano, por estar conmigo*

*A mi amigas Andrea y Viridiana, quienes han recorrido conmigo un largo camino*

*A mi familia y amigos que me ayudaron en los momentos difíciles de toda mi formación Universitaria*

*A todas las personas de la Clínica ISSSTE Xalostoc que me ayudaron para la realización de este proyecto*

*Y muy en especial a la Dra. Arcelia Meléndez, gracias por su apoyo, paciencia, orientación y cariño*

# INDICE

Página

1. INTRODUCCIÓN .....	
2. ANTECEDENTES .....	
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	
4. JUSTIIFICACIÓN .....	
5. OBJETIVOS .....	
5.1 OBJETIVO GENERAL .....	
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	
6. METODOLOGÍA .....	
6.1 Material y Método .....	
6.2 Tipo de estudio .....	
6.3 Población de estudio .....	
6.4 Muestra .....	
6.5 Criterios de inclusión .....	
6.6 Criterios de exclusión .....	
6.7 Variable independiente .....	
6.8 Variable dependiente .....	
7. RESULTADOS .....	
8. CONCLUSIONES .....	
9. BIBLIOGRAFÍA .....	

## 1. INTRODUCCIÓN

Según reportes de las Naciones Unidas, la población envejecida va en aumento en todo el mundo, la esperanza de vida pasó de 47 años en 1950-1955 a 65 años en 2000-2005, y está previsto que llegue a los 75 años en 2045-2050. Estudios realizados por la División de la Población del departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU presentaron cifras comparativas sobre las implicaciones sociales y económicas de este fenómeno. De acuerdo con la revisión de 2006 de las estimaciones y proyecciones, la proporción de población envejecida para las regiones más desarrolladas del mundo aumentará de 11.7 por ciento en 1950 a 32.6 por ciento en 2050.

Así pues, el crecimiento anual de la población es de un 1,14 por ciento, y se espera que alcance los 6.600 millones de habitantes en julio del 2007. Ese número está compuesto por un 28 por ciento de niños (menores de 15 años), un 18 por ciento de jóvenes (de entre 15 y 24 años) y un 44 por ciento de personas en edad laboral (de entre 15 y 59 años).

En cuanto a las personas mayores (por encima de los 60 años) representan sólo un 10 por ciento de la población mundial., sin embargo, se prevé que su número se triplique y pase de 705 millones en la actualidad a casi 2.000 millones en el 2050.

La población anciana tiene un incremento notable a nivel mundial, y en nuestro país ocurrirá en un lapso menor que en los países más desarrollados. En la actualidad hay 28 personas de la tercera edad por 100 menores de 15 años, sin embargo, en menos de 30 años, esto es, en 2035,

habrá igual cantidad de niños que de ancianos, y en 2050 el número aumentará a 165 adultos mayores por cada 100 niños.<sup>1-3</sup>

En México, según datos del INEGI la esperanza de vida en el censo de 2005 era de 74.6 años. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que en la actualidad viven en nuestro país 8.5 millones de personas de 60 años o más, y en el año 2030 se espera que sean 20.7 millones, ya para la mitad del siglo, alcanzarán, según lo previsto, 33.8 millones. Esto se reflejará en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas: en 2007 la proporción es de 8.0 por ciento, y se incrementará a 17.1 por ciento en 2030, y a 27.7 por ciento en 2050.<sup>4.5</sup>

## 2. ANTECEDENTES

El proceso de envejecimiento conlleva a un deterioro en todo el cuerpo, representa los cambios biológicos y físicos que se originan con la edad, la pérdida general en las funciones fisiológicas, aún cuando no todas las personas sufren este proceso con la misma intensidad. El envejecimiento de la población es un fenómeno social natural que implica una mayor demanda de los servicios de salud y la OMS acepta que una persona se encuentra en la tercera edad a partir de los 60 años.

Las perspectivas y posibilidades de afrontar un envejecimiento sano son cada vez mayores indudablemente. Las personas mayores, conscientes de que su papel activo en la sociedad es creciente, están interesadas en que se produzca un replanteamiento en la atención de ciertas áreas de su salud que tradicionalmente no han estado bien atendidas, como es el caso de la salud bucodental. Cualquier actividad realizada con la población de ancianos, máxime si se pretende ahondar en el terreno de la prevención, está abocada al fracaso si antes no se hace una labor desmitificadora en relación con los estereotipos de la vejez.

Tras la realidad contrastada científicamente de que la vejez va acompañada inexorablemente de una serie de cambios en los distintos órganos y aparatos, entre los que podemos incluir a la cavidad oral, sus diferentes partes y funciones, existen una serie de mitos que confunden el envejecimiento y la patología, compartidos por los mismos ancianos, sus familiares y, a veces, los profesionales de la salud, lo que dificulta mucho las actividades preventivas.



Por otro lado es mucho lo que puede hacerse en el plano preventivo y muchas las actividades basadas en la evidencia que son recomendadas por los organismos nacionales e internacionales, también en el campo de la salud oral.<sup>6</sup>

## **ENVEJECIMIENTO**

Durante el proceso de envejecimiento se presentan cambios corporales, fisiológicos y funcionales. Entre los cambios corporales se encuentran: aumento de la masa grasa, principalmente aquella que envuelve a las vísceras; reducción de la masa muscular que implica disminución del agua corporal, disminución de la masa ósea, y cambios fisiológicos y funcionales.

Los órganos, sistemas y funciones que presentan mayor número de cambios con el envejecimiento son:

- ☞ Boca y dientes
- ☞ Sistema digestivo
- ☞ Sistema cardiovascular
- ☞ Sistema respiratorio
- ☞ Sistema nervioso
- ☞ Sistema renal
- ☞ Sistema genitourinario
- ☞ Sistema músculo esquelético
- ☞ Sistema endocrino
- ☞ Sistema inmunológico
- ☞ Piel y tegumentos
- ☞ Ojos
- ☞ Audición y equilibrio
- ☞ Olfato, gusto y fonación

Modificaciones fisiológicas y funcionales: en el aparato gastrointestinal reducción de la secreción de saliva y tendencia a la xerostomía. Adelgazamiento y atrofia de las encías. La ausencia de dientes ocasiona importantes trastornos en la masticación, pérdida de fuerza muscular mandibular y disminución de las papilas gustativas. A nivel del esófago, como consecuencia de la alteración del mecanismo de deglución, dificultad para tragar sólidos o líquidos, Aparición de reflujo. En el estómago hay una menor producción ácida y una atrofia de la mucosa, lo que ocasiona que los movimientos de propulsión de alimentos hacia el intestino y el vaciamiento gástrico sean más lentos. En el intestino se dificulta el aprovechamiento de los nutrientes de los alimentos.<sup>7-11</sup>

### **CAMBIOS BUCALES: ENVEJECIMIENTO ORAL**

- El hueso mandibular se hace porótico, con pérdida más acusada de la porción trabecular que la cortical.
- La articulación temporomandibular se vuelve susceptible a los cambios degenerativos.
- Músculos: atrofia muscular con problemas masticatorios.
- Retracción mandibular y de encías, pérdida de la línea vertical del tercio inferior facial, lengua prominente y labios hendididos.

La cavidad oral tiene dos funciones esenciales, la producción de la voz y el inicio de la alimentación. Para poder desarrollar esas dos funciones tiene muchos tejidos especializados. Los dientes, el tejido periodontal y los músculos de la masticación existen para preparar la comida para la deglución.

La lengua, con una función básica en la capacidad de hablar, es también esencial para preparar el bolo alimentario y las glándulas salivares tienen múltiples funciones. Todas estas estructuras están perfectamente coordinadas y el fallo en cualquiera de ellas afecta a la capacidad para hablar y comer y repercute en la calidad de vida.



La boca es la principal puerta de entrada de nuestro organismo, motivo por el que está expuesta a múltiples agresiones y dotada de mecanismos de defensa, entre los que cabe destacar la saliva y, sobre todo, la gran cantidad de terminaciones sensitivas existentes en ella. Los beneficios de una buena salud oral son evidentes, como evidentes son las repercusiones de una mala salud, tanto en la salud en general como en la calidad de vida, por su influencia negativa sobre la capacidad de comer o hablar y por sus relaciones con la autoimagen y la autoestima, sin olvidar su papel en las relaciones sociales y son múltiples los problemas que se pueden encontrar:

- Falta de piezas hasta edentulismo completo
- Piezas cariadas (caries radicular)
- Raíces expuestas
- Enfermedad Periodontal
- Xerostomía.
- Plurifarmacia: múltiples fármacos con acción sobre la salud oral



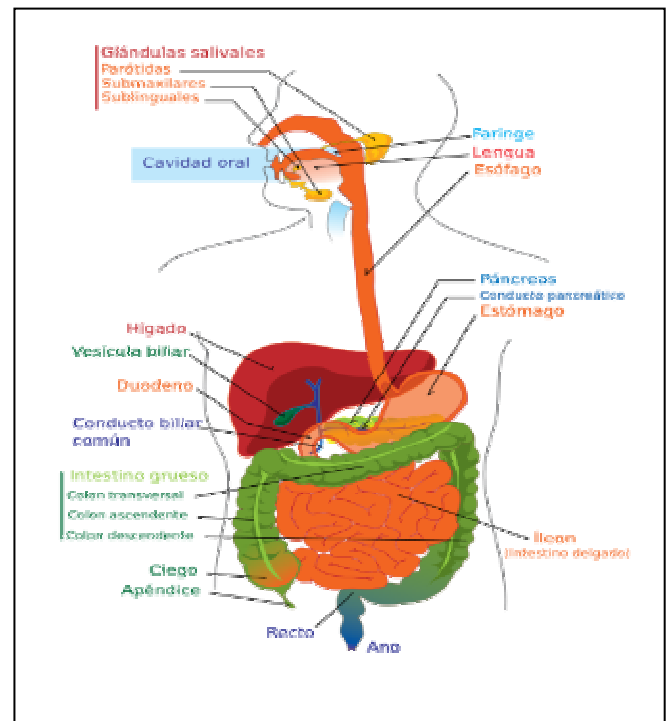
(Psicofármacos, Anticonvulsivantes, Anticolinérgicos, Antihipertensivos,

etc.).

- Lesiones Orales: Liquen, Precáncer oral, Cáncer oral.
- Prótesis.<sup>12</sup>

## **COMPLEJO BUCAL**

Los órganos de la digestión se dividen en: aparato gastrointestinal o conducto alimentario, que es un tubo continuo que corre a lo largo de la cavidad ventral del cuerpo y se extiende desde la boca hasta el ano. Los órganos que componen el aparato digestivo incluyen boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso. El otro grupo de órganos que componen el sistema digestivo son estructuras accesorias: dientes, lengua, glándulas salivales, hígado, vesícula biliar y páncreas.<sup>9</sup>



BOCA (CAVIDAD ORAL). Está formada por las mejillas, paladar duro y paladar blando, dientes, glándulas salivales, labios y lengua; los cuales ayudan a la digestión mecánica. En ella se inicia el proceso de la digestión y se perciben los sabores mediante las papilas gustativas.

En la boca se lleva a cabo el reflejo de la masticación y de la deglución, además de funciones como la fonación.

Los dientes ayudan al aparato digestivo a machacar la comida en la boca. La lengua ayuda en la masticación y en la deglución.

Las glándulas salivales secretan saliva, cuya función es la lubricación y protección de la superficie. La saliva lubrica el alimento e inicia la digestión química de los alimentos. Suaviza, humedece y disuelve el alimento con mucina, limpia la boca y los dientes. La amilasa salival reduce los polisacáridos al disacárido maltosa. Se secretan diariamente de 1000 a 1500ml.<sup>9,13</sup>

Debe hacerse perfectamente la masticación, para que desmenuzados los alimentos y mezclados con la saliva, puedan convertirse en quilo. La mala o deficiente masticación suele ocasionar trastornos digestivos, o causar un desequilibrio pues el alimento que no se mastica o se mastica mal entorpece el proceso de digestión, haciendo que el estómago duplique sus funciones para la quimificación. La mala masticación es causa en muchos individuos de enfermedades crónicas en el estómago.<sup>28</sup>

Los trastornos digestivos se presentan con mayor frecuencia a medida que se envejece, y pueden afectar al estado nutricional de esta población. En los adultos mayores se observa un adelgazamiento del tejido que forma la encía y del tejido que cubre la lengua (atrofia de la encía y mucosa lingual), pérdida

proporcional de papilas gustativas, movilidad de los dientes y pérdida posterior; y disminución en la producción de saliva. Presentan también disminución en la motilidad (movilidad) del esófago e intestinos y en la secreción ácida del estómago. El grosor del tejido del estómago está disminuido, lo que causa atrofia de la mucosa gástrica, y la absorción alimenticia y funcionamiento hepático son deficientes. La mayoría presenta lengua lisa, boca seca, sensación de ardor, trastornos en el sentido del gusto, dificultad para masticar y deglutir.

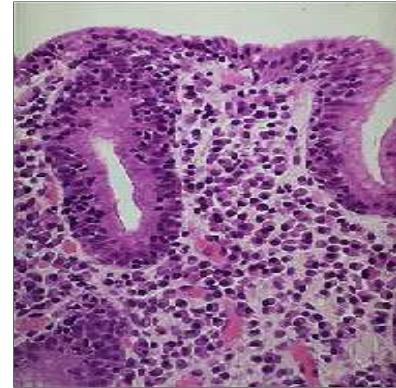
Es importante mantener el equilibrio del aparato masticatorio. La pérdida de piezas dentales y su no reposición puede traer como consecuencia la pérdida de fuerza en la musculatura propia de la boca, y movimientos de los dientes adyacentes.<sup>10,16</sup>

En el ámbito del aparato digestivo, las principales características del envejecimiento consisten en la aparición de vasos sanguíneos varicosos y engrosamiento de la túnica del colon. Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, una reducción del tono muscular de la pared abdominal y atrofia de la mucosa gástrica, esto va a ser un factor de riesgo para la aparición de gastritis y úlcera, colitis, estreñimiento, hemorroides.<sup>28</sup>

## **GASTRITIS**

La gastritis se define como la inflamación de la mucosa del estómago. Entre los factores de riesgo para padecer gastritis se encuentra: edad avanzada, no masticar bien, estrés, infección por *H. pylori*, ingesta de AINES, entre otros. Es uno de los padecimientos más frecuentes en las personas.<sup>15, 18</sup>

Tiene una clasificación histológica: gastritis crónica superficial y atrófica. Endoscópicamente se clasifica en eritematosa, erosiva, atrófica, hemorrágica, por reflujo.<sup>19,20,27</sup>



Se divide en aguda y crónica.

**La gastritis aguda** puede aparecer de forma repentina y es de corta duración, los síntomas que suelen acompañarla son: dolor severo y molestias difusas en el estómago, náuseas, vómito y molestias digestivas inespecíficas. A su vez la gastritis aguda se clasifica en gastritis aguda infecciosa y la erosivo hemorrágica.

**La gastritis aguda infecciosa** es causada por consumo de alimentos en mal estado, por microorganismos y sus toxinas. La más frecuente es la infección por *H. Pylori* en la fase inicial de la infección, y suele pasar desapercibida por asintomática. El tratamiento dependerá del agente causal identificado; en las formas leves bastarán medidas dietéticas simples y antibioterapia.

**La gastritis aguda erosivo-hemorrágica** se observa endoscópicamente. Las causas que la desencadenan son principalmente los fármacos, como los AINES, el alcohol, la ingestión de cáusticos y las enfermedades asociadas, como el estrés, además de tratamientos como láser, vómitos, ingestión de cuerpos extraños.

**El proceso de la gastritis crónica atrófica** se inicia con una inflamación superficial de la mucosa gástrica, posteriormente las glándulas de la mucosa

se atrofian poco a poco y pueden desaparecer. La secreción gástrica de ácido y pepsina disminuye con lo que diversas bacterias pueden colonizar el estomago. Esto puede derivar en cáncer gástrico. Los síntomas clínicos son inespecíficos, el diagnóstico se realiza por medio de la endoscopia y la biopsia.<sup>27.34</sup>

**La gastritis superficial** se caracteriza por la existencia de edema, eritema mucoso y pequeñas erosiones.

El diagnóstico de una gastritis se basa en el estudio de endoscopia, biopsia y estudio histopatológico.<sup>19</sup>

## **COLITIS**

El colon es la porción del aparato digestivo que más cambia con los años, pues la mucosa se atrofia, ocurren cambios vasculares aparecen vasos sanguíneos varicosos y engrosamiento de la túnica del colon, y aumenta el tejido conectivo.

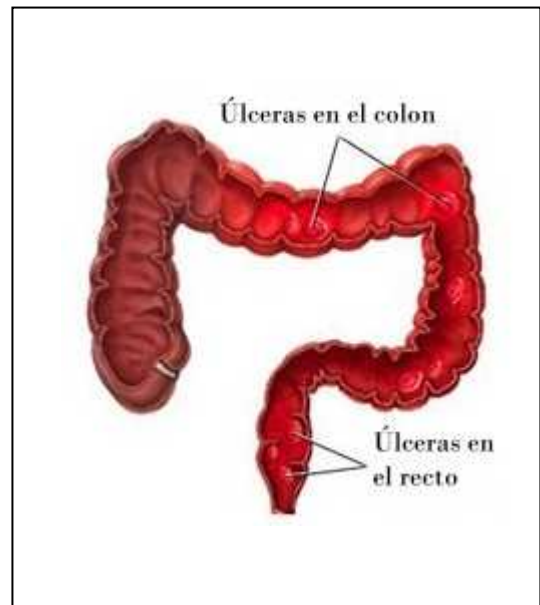
Los cambios más significativos del intestino delgado con el envejecimiento, son disminución del área de superficie y aplanamiento de las vellosidades, con lo que disminuye la absorción de vitamina D.

El intestino grueso puede presentar algunos de los grandes problemas del envejecimiento, está compuesto por músculo, por lo que también sufre pérdida muscular, lo que ocasiona alteraciones en la motilidad que desencadena problemas que van desde el estreñimiento, la incontinencia fecal, formación de divertículos y hasta cáncer de colon.



La disminución del tránsito colónico da lugar a una mayor absorción de agua, y por tanto al endurecimiento de las heces, que aumenta la presión intraluminal y conlleva a la formación de divertículos, que son herniaciones de la mucosa, y que se localizan principalmente en la zona de entrada de los vasos en es colon descendente y sigmoides.

La colitis es una enfermedad inflamatoria del colon. Los síntomas son generalmente inespecíficos, el más común es diarrea. Aumenta en frecuencia entre la sexta y séptima décadas de la vida. Los estudios de biopsia son fundamentales para el diagnóstico diferencial de inflamación intestinal. La endoscopia y datos clínicos ayudan a diferenciar algunas formas de colitis



Es un proceso inflamatorio del colon en el que aparece diarrea con moco e incluso con sangre. Se presentan también fiebre y deshidratación. Los estudios de laboratorio reportan leucocitosis e hipoalbuminemia.

**COLITIS ISQUEMICA.** Las causas pueden ser iatrogénicas, por enfermedad generalizada (arteriosclerosis), o por alguna alteración local

**La colitis ulcerativa inespecífica** (CU) es una enfermedad que se caracteriza por inflamación del recto y colon, es el resultado de una inactivación del sistema inmune intestinal causada por la flora intestinal.<sup>24,25</sup>

**Se designa como colitis microscópica** al proceso inflamatorio crónico observado en biopsias de colon de pacientes con diarrea acuosa crónica. Se caracteriza por cambios microscópicos pero no macroscópicos en la mucosa colónica. La colitis microscópica es poco frecuente. La causa es el daño inmunogénico de la mucosa colónica. Los mecanismos patógenos señalan una respuesta inmune anómala de la mucosa colónica ante antígenos luminarios provenientes de agentes infecciosos, alimenticios, medicamentosos, toxinas, ácidos biliares u otros desconocidos.<sup>22,23,26,30</sup>

## **ESTREÑIMIENTO**

El estreñimiento es un padecimiento o enfermedad gastrointestinal que se presenta con frecuencia en pacientes de edad avanzada. Se manifiesta por una disminución en la frecuencia de las evacuaciones, dificultad para evacuar, dolor, evacuaciones duras y sensación de evacuación incompleta.

Se clasifica como: agudo cuando tiene menos de tres meses de evolución. Subagudo si persiste más de 3 meses hasta 12 meses. Crónico cuando se presenta más de un año.

Entre las causas de estreñimiento están los cambios fisiológicos con la edad como son la atrofia de la mucosa intestinal o la disminución de los movimientos propulsivos del colon. La etiología del estreñimiento en el anciano es múltiple y muy variada, siendo importante determinar las causas

Entre los factores que se relacionan con el estreñimiento destacan:

- ☞ Depresión
- ☞ Problemas neurológicos
- ☞ Problemas endócrinos

- ☞ Problemas obstructivos del colon
- ☞ Ingesta de fármacos
- ☞ Síndrome del intestino irritable y trastornos digestivos funcionales
- ☞ Baja ingesta de fibra
- ☞ Deshidratación
- ☞ Inmovilidad
- ☞ Fragilidad
- ☞ Dependencia funcional

El estreñimiento crónico y los esfuerzos para evacuar también tienden a ocasionar hemorroides. Como tratamiento para controlar el estreñimiento se recomienda incrementar el consumo de fibra y aumentar la toma de agua.<sup>8</sup>

15.32.34.35.

## **DIARREA**

Es el aumento en la frecuencia de evacuaciones en una persona, así como el cambio en la consistencia de las heces que se torna líquida o semilíquida. La diarrea aguda o enteritis aguda es una inflamación aguda de la mucosa del intestino delgado. La diarrea crónica es aquella que tiene una duración de más de tres meses; muchas veces es ocasionada por medicamentos, y suele ser secundaria a problemas inflamatorios. Es un padecimiento común en los ancianos.<sup>8. 15. 16.28</sup>

## **EDENTULISMO**

En los pacientes envejecidos es común la pérdida dental. El edentulismo ocasiona problemas estéticos, de fonación y masticación. Esto suele corregirse con el uso de prótesis bucales, sin embargo, diversas investigaciones sugieren que el uso de las mismas, está asociado a lesiones bucales, ya sea porque están desajustadas o por higiene deficiente de éstas.

Varios autores concluyen que los efectos adversos que con mayor frecuencia se presentan son enfermedad periodontal y estomatitis, los factores de riesgo para su aparición son el uso continuo de las prótesis, y no acudir al odontólogo si surge alguna molestia.<sup>36. 37</sup>

Estudios recientes sugieren también que las prótesis desajustadas pueden ser causa de pérdida dental de dientes adyacentes en presencia de una mala limpieza en ellas, además de ser un factor de riesgo para presentar alteraciones gastrointestinales, así como estados de malnutrición, pues el edentulismo, ya sea que se use o no algún tipo de prótesis, modifica los hábitos alimenticios, pues se disminuye el consumo de fibra ante los problemas para masticar.<sup>35.38-40</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el paso del tiempo las personas pierden piezas dentales afectando esta pérdida. Muchos de estos pacientes no mastican bien los alimentos llegando incluso, a tragar enteros los trozos de éstos. Algunos de los pacientes que son portadores de prótesis dentales no las usan para comer debido, por un lado a que éstas suelen estar desajustadas o simplemente a que no se acostumbran a utilizarlas y se las quitan para comer. De igual forma sucede con el paciente desdentado total.

Ahora bien, se sabe que al no masticar bien los alimentos pueden presentarse alteraciones gástricas que contribuyen a la aparición y/o exacerbación de enfermedades como gastritis, colitis, diarreas frecuentes, estreñimiento, hemorroides y pocos son los pacientes que conocen las alteraciones gástricas producidas por no masticar bien los alimentos, por lo tanto:

¿Cuál es la prevalencia de alteraciones gastrointestinales en pacientes parcial o totalmente desdentados que asisten a consulta médica a la Clínica Xalostoc del ISSSTE?

## 4. JUSTIFICACION

Cuando se habla de vejez se acepta como hecho común la presencia de edentulismo, uso de prótesis y algunas alteraciones sistémicas sobre todo, del tipo gastrointestinal y en las unidades médicas del sector salud de nuestro país se le da información en términos de promoción de la salud sobre estos eventos pero sin datos de primera mano generada en la unidad médica, por lo tanto, este estudio permitirá obtenerla de manera directa y en una muestra de personas de la tercera edad miembros del grupo “Edad de Oro” de la Clínica ISSSTE Xalostoc y se utilizará para orientar, tanto al paciente como a sus familiares, sobre el cuidado que se debe tener en el uso de prótesis adecuadas y funcionales para disminuir el riesgo de desarrollo de enfermedades gastrointestinales.

## 5. OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la Prevalencia de trastornos gastrointestinales y su asociación con edentulismo en personas de la tercera edad que solicitan atención médica en la Clínica ISSSTE Xalostoc, durante el periodo octubre 2007.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la Prevalencia de trastornos gastrointestinales por edad y sexo
2. Determinar la prevalencia de edentulismo
3. Identificar el grupo etáreo que representa la mayor Prevalencia.
4. Identificar el cuadrante que presenta en promedio el mayor número de dientes perdidos y el promedio de dientes perdidos.
5. Determinar si existe asociación entre la presencia de trastornos gastrointestinales y el edentulismo.

## 6. METODOLOGÍA

### **6.1 MATERIAL Y METODOS**

Para realización de este estudio se solicitó la participación de pacientes de la tercera edad de la Clínica Xalostoc ISSSTE quienes recibieron atención médica. A cada uno se le aplicó una encuesta que contenía información sociodemográfica y epidemiológica sobre Edentulismo, uso de prótesis y su funcionalidad, higiene bucal, y algunos trastornos gastrointestinales presentes.

Para que los encuestados participaran se les impartió una plática sobre autocuidado de la salud bucodental y principales factores de riesgo. La plática se impartió durante el tiempo programado para recibir información por parte de la trabajadora social.

La información obtenida se vació en una base de datos para su análisis, los resultados se presentan en forma de distribución porcentual y se aplicó la prueba chi cuadrado para determinar si existe asociación entre el edentulismo y la presencia de alteraciones gastrointestinales.

### **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Trasnsversal

### **6.3 POBLACION DE ESTUDIO**

Pacientes que solicitan atención médica en la Clínica ISSSTE Xalostoc

### **6.4 MUESTRA**



Consistió en un grupo de 57 pacientes de la tercera edad edéntulos, total o parcialmente, pertenecientes al Grupo Edad de Oro inscritos en el Modulo gerontológico de la Clínica Xalostoc y que solicitan atención médica durante el mes de octubre de 2007.

### **6.5 CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes de la tercera edad de ambos sexos que asistan a la Clínica Xalostoc en el turno matutino.
- Pacientes que presentan trastornos gastrointestinales y que sean edéntulos parciales o totales, usen o no prótesis.

### **6.6 CRITERIOS DE EXCLUSION**

Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión pero no deseen participar.

### **6.7 VARIABLES DE ESTUDIO**

- Edentulismo
- Trastornos gastrointestinales
- Edad
- Sexo
- Utilización de prótesis

### **6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE**

Edentulismo

### **6.9 VARIABLE DEPENDIENTE**

Alteraciones gastrointestinales

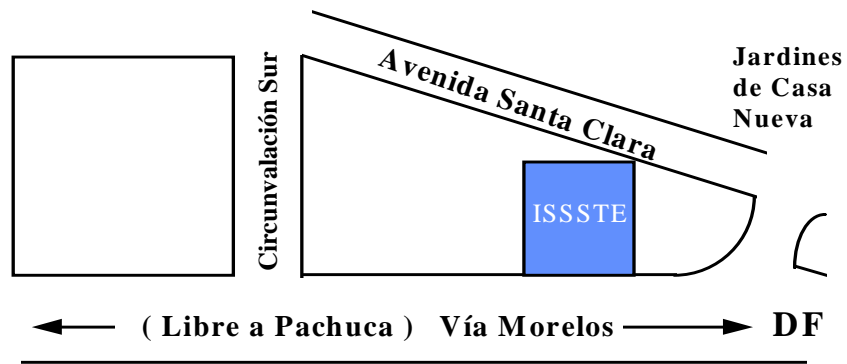
## 7. RESULTADOS

Para dar cumplimiento a las disposiciones de la Subdirección General Médica del ISSSTE como parte de los programas de atención al derechohabiente, se implementó el Módulo Gerontológico en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Xalostoc, mismo que viene funcionando como un servicio desde el 19 de Abril del 2004, abarcando en la actualidad aproximadamente al 80% de la población envejecida que en su mayoría rebasa los 60 años, realizándole inicialmente el Tamizaje Gerontológico con el fin de evaluar la funcionalidad de los mismos en las esferas física, social, psicológica y familiar detectando sus necesidades de salud, organizando y supervisando sus terapéuticas, buscando posibles alternativas con la finalidad de abatir la polifarmacia, procurando y promoviendo el movimiento físico por medio de técnicas relacionadas con la terapia física, rehabilitación y medicina alternativa (complementaria), promoviendo “la Gericultura”.

En la Clínica de Medicina Familiar Xalostoc se cuenta con una derechohabiencia de 59,657 usuarios, según datos del sistema central de Vigencia de Derechos. De estos el 15.4% (11,978) son mayores de 60 años y el 5.2% (3,993) corresponde a pacientes de mas de 75 años, los cuales requieren de una atención integral encaminada a mejorar su estado de salud y calidad de vida.<sup>41</sup>

## IDENTIFICACION. LOCALIZACION. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA UNIDAD MÉDICA

### UBICACIÓN DE LA CLÍNICA XALOSTOC



Vía Morelos s/n, Km 16.5  
Fracc. Jardines de Casa Nueva  
Ecatepec, Estado de México

### Zona de influencia



## DEMOGRAFÍA

Al analizar los datos demográficos se observó que a partir del año 2001 ha aumentado la población derechohabiente de la Clínica Xalostoc.(Cuadro 1)

Cuadro 1. Distribución de derechoahab...						
POBLACIÓN	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>3.1. Adscrita</b>	92264	85399	97509	98627	102219	106231
<b>3.2. Inscrita</b>	71899	72079	74123	77248	80565	84344
<b>3.3. Usuaría</b>	50315	51013	52427	54638	56983	59657
<b>% variación</b>	3.12%	1.38	2.77%	4.22%	4.29%	4.69%

Fuente : Vigencia de derechos. Clínica ISSSTE Xalostoc

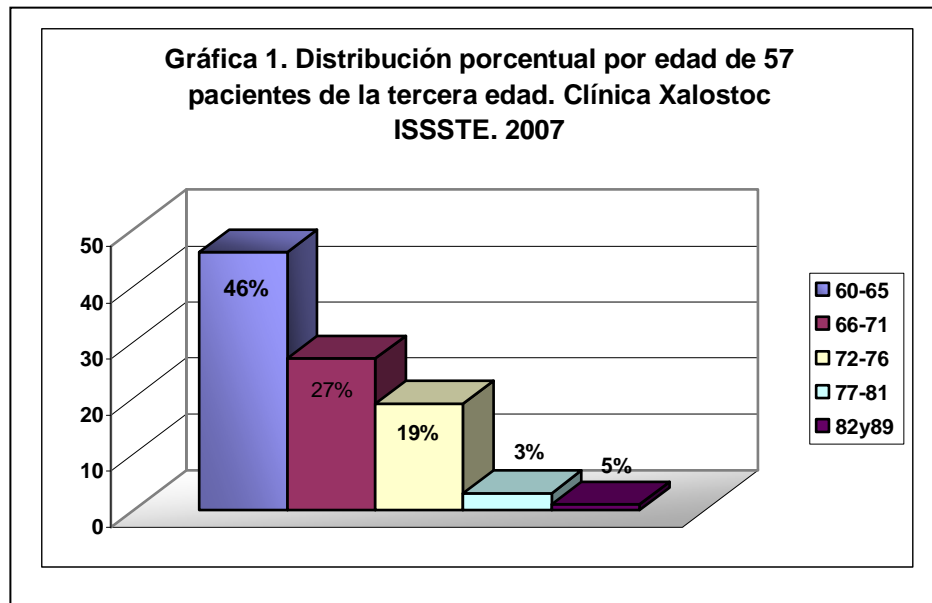
La población de la tercera edad está dentro de los grupos prioritarios de atención como se observa en el cuadro2. La población adscrita e inscrita usuaria fue estimada según porcentaje de variación.<sup>42</sup>

Cuadro 2. GRUPOS DE ATENCION PRIORITARIA 2006				
Grupo	Hombres	Mujeres	Total	%
MENORES DE UN AÑO	114	122	236	0,5
MENORES DE 5 AÑOS	1117	1139	2256	4,3
DE 12 A 18 AÑOS	3312	3192	6505	12,4
DE 5 A 24 AÑOS	9282	9148	18430	35,2
FEMENINO DE 15 A 45		15411	15411	29,4
MAYORES DE 25 AÑOS	16986	21986	38972	74,3
<b>MAYORES DE 60 AÑOS</b>	<b>4448</b>	<b>5315</b>	<b>9763</b>	<b>18,6</b>

Fuente.- Vigencia de derechos. Clínica ISSSTE Xalostoc

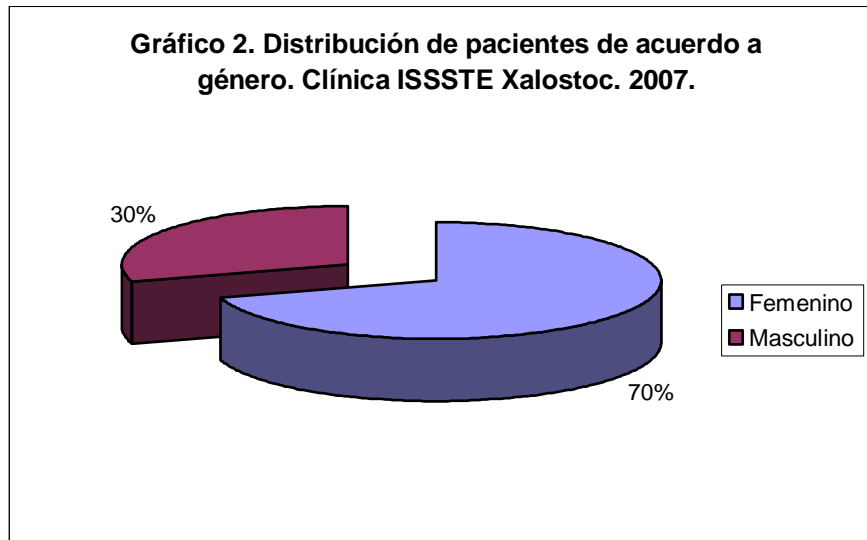
## EDAD

Del total de pacientes de la tercera edad que integran el Grupo Edad de Oro, de la Clínica ISSSTE Xalostoc, la mayor proporción (46%) corresponde al grupo etáreo de 60 a 65 años, se observó que a medida que aumentó la edad la proporción de pacientes que asisten es menor. (Gráfica 1)



*Fuente directa*

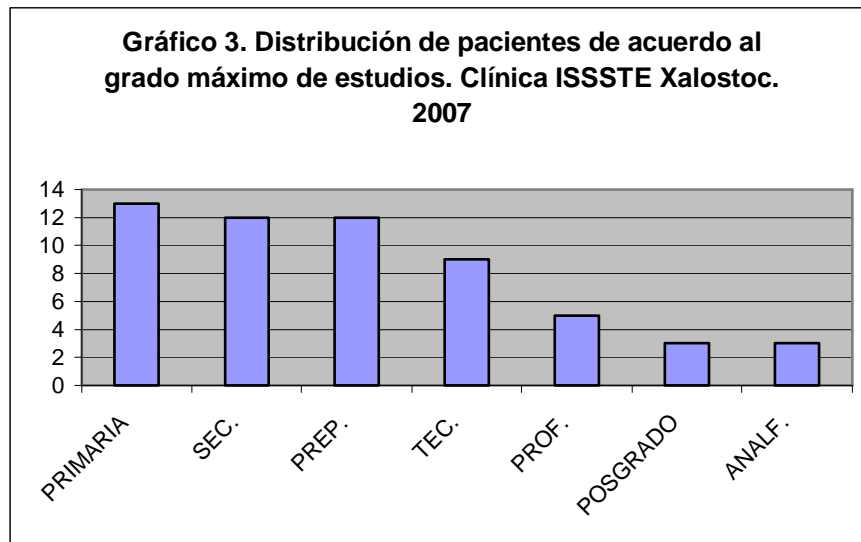
Así mismo las encuestas reflejaron que en general los pacientes que asistieron a consulta, y en este caso los que acudieron al Grupo Edad de Oro fueron en su mayoría mujeres, esto es, el 70 % de los pacientes encuestados. (Gráfica 2).



*Fuente directa*

### **ESCOLARIDAD**

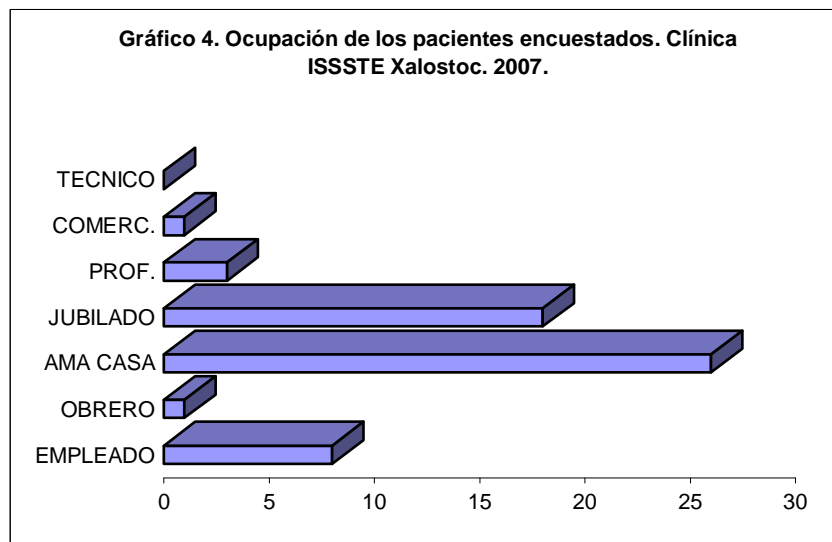
En cuanto al grado máximo de estudios el 23% (13 pacientes) tienen primaria completa; 21% (12 pacientes) tienen secundaria, igual número de pacientes tienen preparatoria (21%), 16% tienen carrera técnica (9 pacientes); sólo 5 pacientes, 9% tienen estudios profesionales, se encontró que un 5% cuentan con posgrado; y 5% (3 pacientes) son analfabetas. (Gráfica 3)



Fuente directa

## OCUPACIÓN

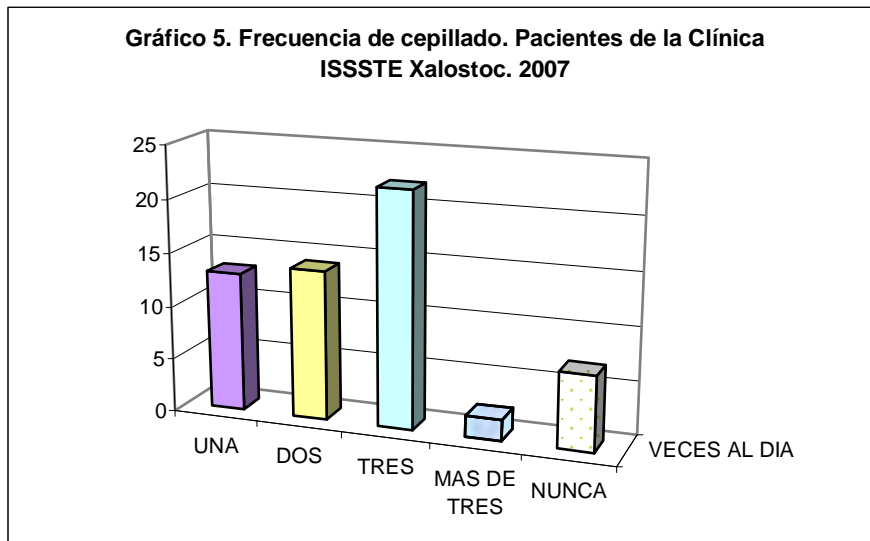
En el rubro de ocupación, se encontró que el 45% de los encuestados se dedican al hogar, el 32% son jubilados, el 14% son empleados y el resto se ocupa en otras actividades. (Gráfica 4).



Fuente directa

## HIGIENE BUCAL

El 23% refirió sólo cepillarse una vez al día, 24% se cepilla dos veces al día, el 38% que fue la mayoría lo hace 3 veces al día; 3% dijo cepillarse más de tres veces, y un 12% no se cepilla nunca. (Gráfico 5).



*Fuente directa*

Los datos del uso de auxiliares para la limpieza dental arrojaron que más de la mitad de los encuestados usa cepillo y pasta, esto es, el 77%, un 15% también usa enjuague bucal para complementar su limpieza, y sólo el 4% usa hilo dental. De igual manera, un 4% únicamente usa cepillo. (Gráfica 6).



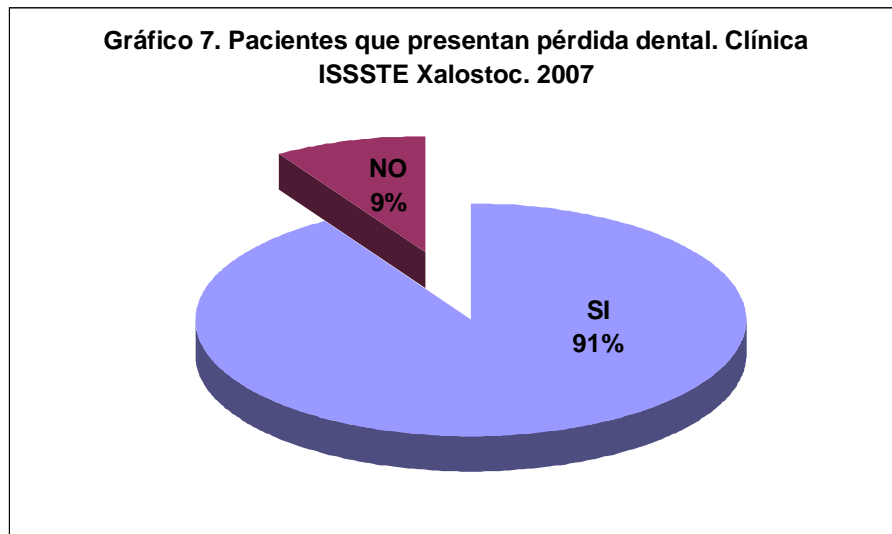
**Gráfica 6**  
**Utilización de auxiliares de higiene bucal. ISSSTE. 2007**



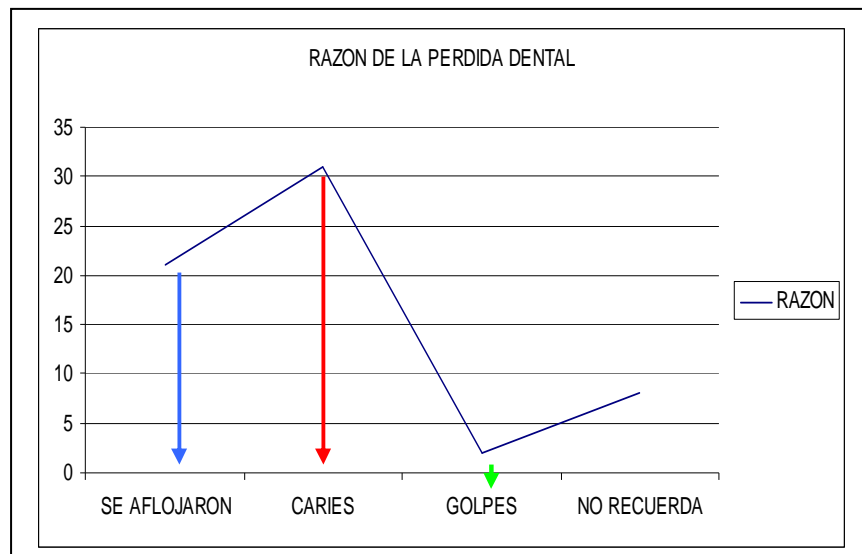
*Fuente directa*

### **PÉRDIDA DENTAL**

El 91% de la población a la que se le aplicó la encuesta presentó pérdida dental, siendo la causa más frecuente de la pérdida la caries, 50%, el 34% refirió que se aflojaron y se cayeron, el 13% no recordó el motivo por el que perdió los dientes, y un 3% manifestó pérdida por golpes. (Gráficas 7 y 8).

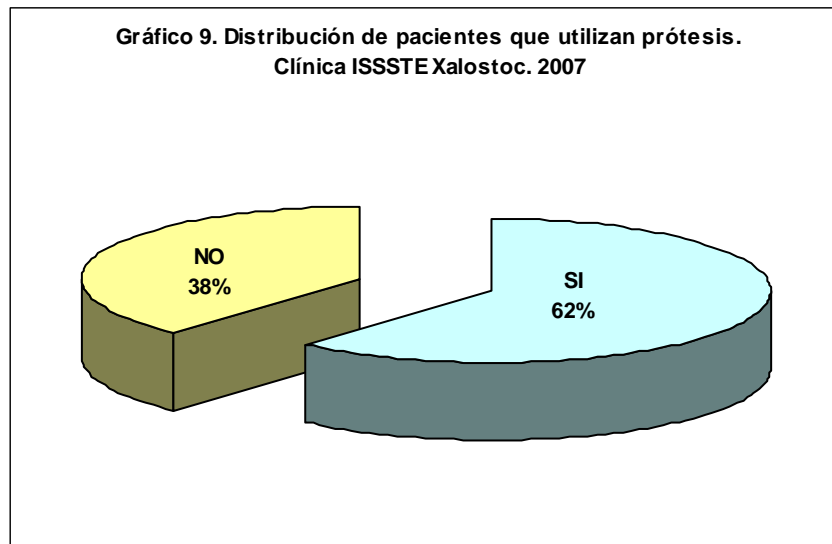


Fuente directa



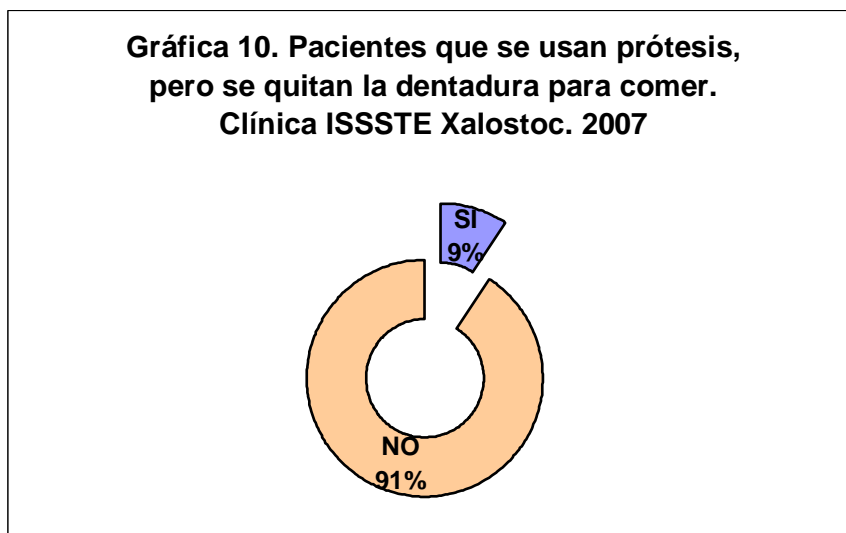
Fuente directa

De los pacientes que presentaron pérdida dental un 62% utiliza algún tipo de prótesis bucal. (Gráfica 9).

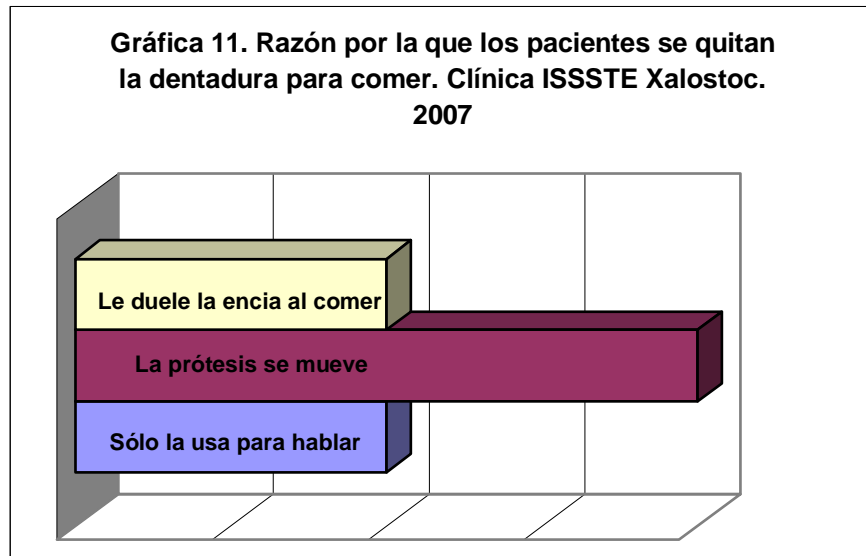


Fuente directa

De igual forma se encontró que de los pacientes que utilizan prótesis bucal un 9% se la quita para comer, aduciendo que lo hacen por que sufren de dolor de encías cuando comen con ellas, se mueven al masticar, o por que sólo las utilizan para hablar. (Gráficos 10 y 11).



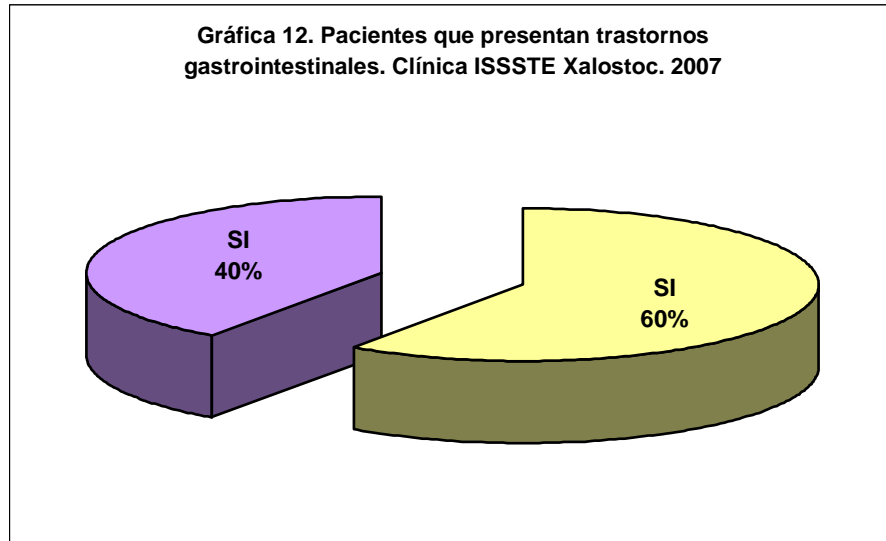
Fuente directa



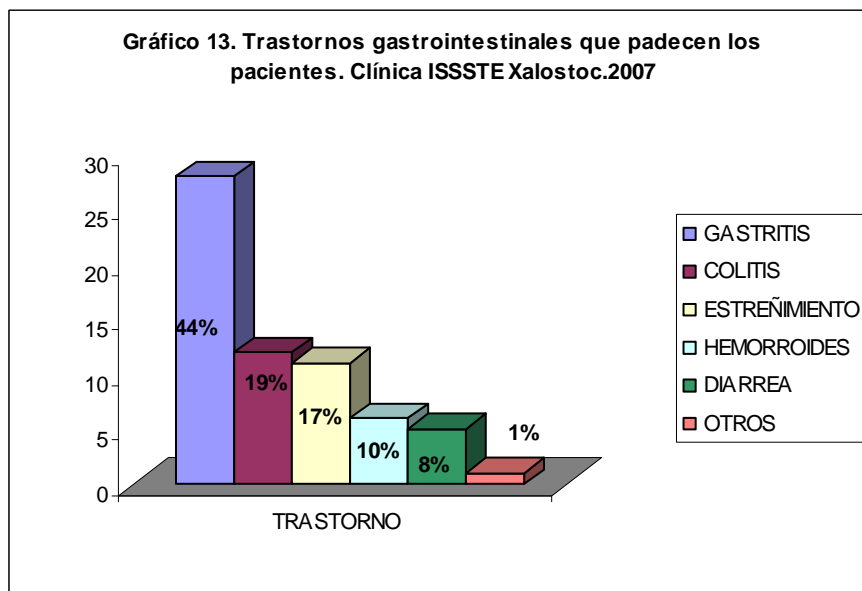
*Fuente directa*

## **TRASTORNOS GASTROINTESTINALES**

Más de la mitad de los pacientes encuestados, el 60%, refirió sufrir de algún trastorno gastrointestinal, siendo el padecimiento más frecuente gastritis, seguido de colitis, estreñimiento, hemorroides y diarrea, y sólo 1% de ellos manifestó tener otra enfermedad además de las mencionadas. (Gráficas 12 y 13).



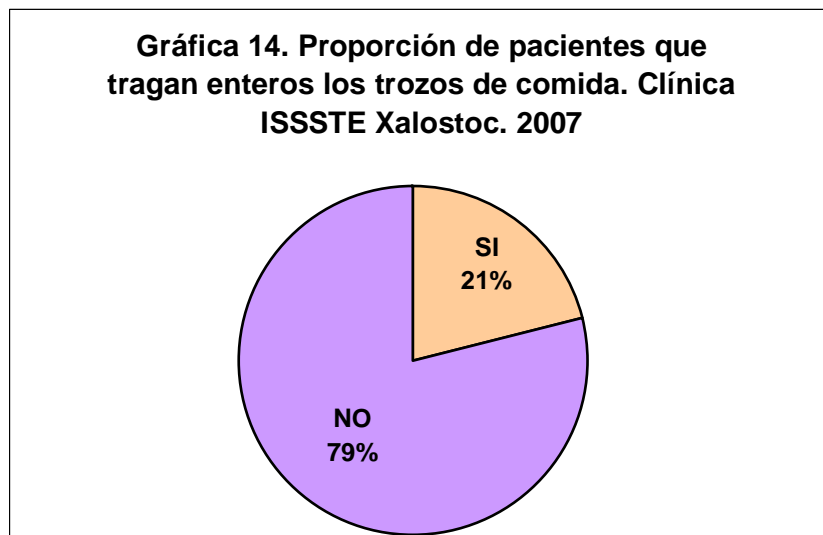
Fuente directa



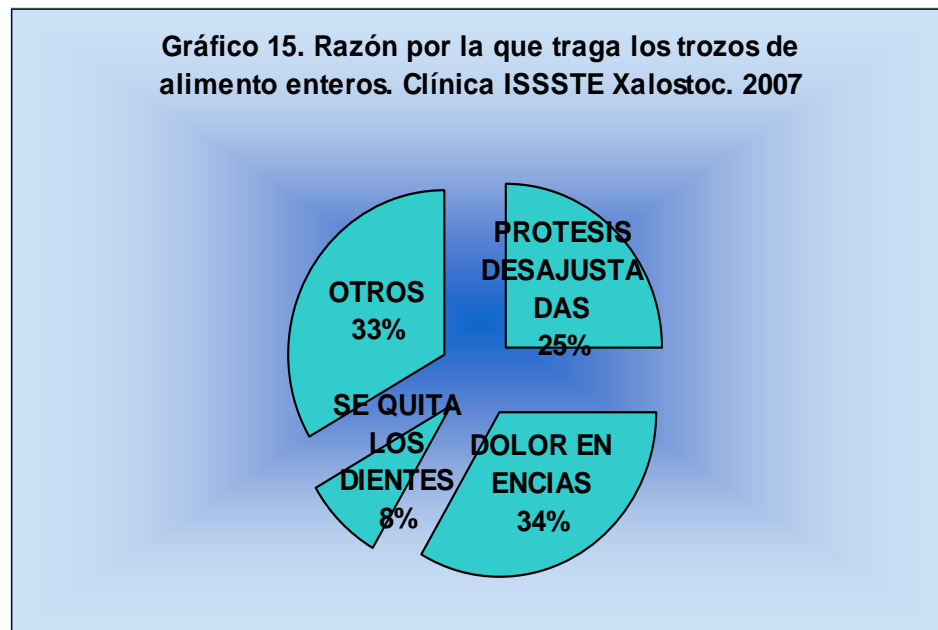
Fuente directa

Se preguntó a los pacientes si tragaban los trozos de comida enteros, para encontrar si había asociación entre este evento y las manifestaciones gastrointestinales, el 21% de éstos dijo hacerlo por diferentes motivos entre los que estuvieron dificultad para masticar por que les dolían las encías (34%), porque las prótesis estaban desajustadas (25%), porque se quita la

dentadura para comer (8%), u otros (33%). (Gráficas 14 y 15). Los resultados estadísticos demostraron que no existe, al menos en esta muestra de pacientes, asociación entre el hecho de presentar Edentulismo y la presencia de trastornos gastrointestinales. ( $X^2= 0.006, p<0.05$ )



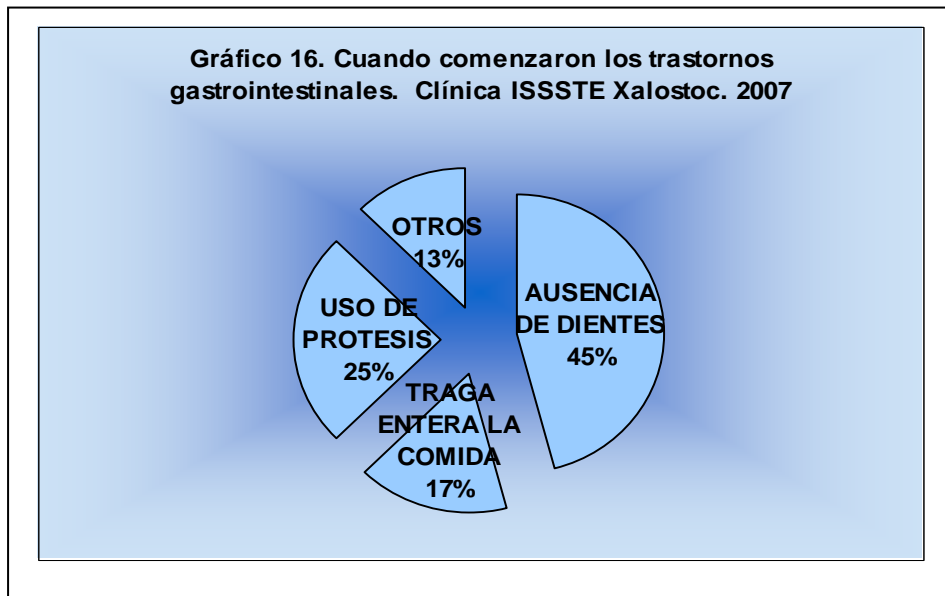
*Fuente directa*



Fuente directa

## **INICIO DE ALTERACIONES GASTROINTESTINALES**

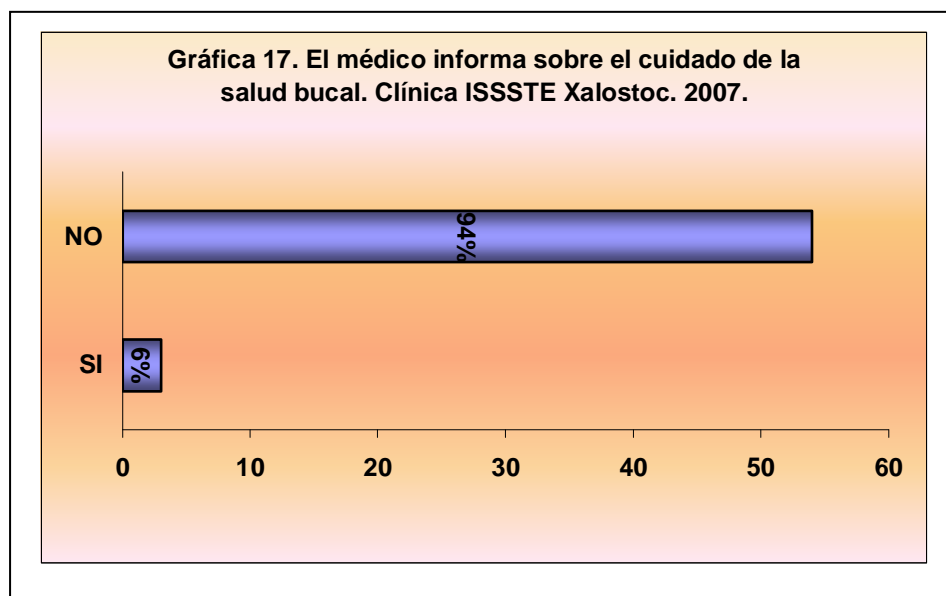
Al respecto, casi la mitad de los encuestados (45%) refirió tener trastornos gastrointestinales, asoció la aparición de los mismos desde que perdió los dientes, el 25% los padece desde que usa las prótesis bucales, el 17% desde que traga los trozos de comida enteros, y el 13% sufre estos trastornos por otros motivos. (Gráfica 16).



Fuente directa

## **INFORMACIÓN MÉDICA**

Finalmente preguntamos a los pacientes si su médico familiar le informaba sobre el autocuidado de la salud bucodental, y se encontró que únicamente el 6 % de los médicos promueven acciones preventivas a nivel odontológico. (Gráfica 17).





## 8. CONCLUSIONES

Al dar la plática informativa previa a la aplicación de encuestas se comprobó que los pacientes se interesaron por conocer más sobre salud bucal, y las medidas necesarias para conservar el estado de salud bucodental.

Casi la totalidad de los pacientes encuestados presentó pérdida dental, aunque no todos utilizan prótesis bucal.

A mayor edad cronológica, es mayor la pérdida dental en cuanto a cantidad. Son las mujeres las que presentan mayor prevalencia en cuanto a ausencia de dientes y de enfermedades gastrointestinales.

Son los molares los que tienen la mayor prevalencia de ausencia. Y el motivo de pérdida dental más citado fue caries.

Más de la mitad de los pacientes presentaron trastornos gástricos, muchos de ellos refirieron padecer más de uno de ellos. Sin embargo al aplicar la prueba de chi cuadrada no se encontró asociación entre el edentulismo y la presencia de los trastornos gástricos.

Es necesario ampliar el estudio en las clínicas de medicina familiar del primer nivel de atención, para contar con una base de datos confiable sobre la Prevalencia de trastornos gastrointestinales y su asociación con Edentulismo.

Es muy probable que se requiera de un estudio más profundo y controlado para establecer si existe o no dicha asociación.

Así mismo, se debe analizar más profundamente la relación entre Edentulismo y la aparición y/o exacerbación de las enfermedades gastrointestinales, para establecer si hay una asociación entre ambos.

El médico casi nunca informa a los pacientes las medidas necesarias para conservar el estado de salud bucodental. Es necesario que éste tenga conocimientos sobre salud bucal y promueva la autoexploración bucal.

En las Unidades de Medicina Familiar en el primer nivel de atención no existen programas donde se promueva el conocimiento de padecimientos bucales, de autoexploración bucal, ni de promoción de la higiene dental.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Estudio Económico Social Mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece. Reseña. Naciones Unidas. Nueva York, 2007. [www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/overviewlanguages/overview\\_sp.pdf](http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/overviewlanguages/overview_sp.pdf)
2. ONU alerta envejecimiento de la población. Naciones Unidas. [www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/overviewlanguages/overview\\_sp.pdf](http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2007files/overviewlanguages/overview_sp.pdf)
3. Naciones Unidas. Principales resultados de las asambleas mundiales sobre el envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid, España 2002. <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/index.html>
4. [www.inegi.com.mx](http://www.inegi.com.mx)
5. CONAPO. Comunicado de prensa 30/07. [www.conapo.com.mx](http://www.conapo.com.mx)
6. La salud bucodental en la población anciana institucionalizada. Documentos técnicos de Salud Pública, Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1996. Madrid.
7. D'hyver C. Manual clínico de geriatría. 1ª. Ed. México. JGH Editores. 1999. Pp. 57-59
8. Van der Cammen, T.J.M. Manual clínico de geriatría. 1ª. Ed. México. Ed. El Manual Moderno. 2000. 93-95
9. Rodríguez R. Lazcano G. Práctica de la geriatría. 2ª Ed. México. Ed. McGrawHill. 2007. Pp. 92-95, 211-212, 268-269, 365-368, 479-490
10. Mendoza, V. M. Martínez Maldonado, María de la Luz. Gerontología comunitaria. 1ª Ed. México. Ed. UNAM DGAPA. 2004. Pp. 67-73.
11. Santos, J. Palacios, D. Manual de formación para gerocultores. 1ª Ed. España. Ed. Síntesis. 2000. 12-22
12. Garcillan R., Rioobo R.: "Prevención bucodental en el anciano", Revista Española de Geriatría y Gerontología, 1996; 31 (2).
13. Ganon, F.W. Fisiología médica. 19ª Ed. México. Ed. Manual Moderno. 2004. Pp. 523-550.
14. Moreira, V. F. Sesiones clínicas de Gastroenterología 2006. 1ª. Ed. España. Ed. Edika Med. 2006. 75-79. 91-93
15. Gómez, T. Gastroenterología elemental. 1ª. México. Ed. Méndez Editores. 2003. Pp.85. 130-133
16. Villalobos, J. Gastroenterología. Vol. II. 4ª. Ed. México. Méndez Editores. 2003. 375-379
17. Recavarren R. Recavarren S. Gastritis crónica atrófica: mecanismos patogénicos por hipersensibilidad celular. Rev. Gastroenterol. Perú. Jul./set. 2002, vol.22, no.3, p.199-205.

18. Zolezzi A. Gastritis atrófica y *Helicobacter pylori*. Rev. Gastroenterol. Perú, jul./set. 2002, vol.22, no.3, p.197-198
19. Gisbert, J. García P. Gastritis aguda y crónica. Asociación Española de Gastroenterología. 2001. España. <http://www.aegastro.es>
20. Martínez J. D. Henao, S. C. Granados, C. La gastritis crónica atrófica corporal y la edad. Rev. Col. Gastroenterol. 22(1) 2007:17-22. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v22n1/v22n1a05.pdf>
21. Alibhai, SM. Greenwood C. Payette, H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. Canadian Medical Association Journal. Mar. 2005. 172 (6): 773-780.
22. Recavarren S. Recavarren R. Recavarren C. Colitis microscópica: patogénesis. Rev. Gastroenterol. Perú. 2007:27. No.3. Pp.155-160.
23. Tetsuo M. Takamori N. Toshiaki K. Basic and clinical aspect of *Clostridium difficile* colitis. Rev. Gastroenterol. Perú. 2004;24;no. 3 Pp. 263-269
24. Taboada T. W. Diagnóstico de colitis: un estudio prospectivo sobre parámetros esenciales para lograr un diagnóstico. Rev. Gastroenterol. Perú. Vol.24.2004.No.1:97
25. Vera A. Frisancho O. Perfil clínico y epidemiológico de la colitis ulcerativa en un hospital de Lima. Rev. Gastroenterol. Perú. Vol. 24. 2:2004:135-142
26. Valle-Mansilla J. León-Barúa R. Recavarren S. Berenson-Seminario R. Colitis microscópicas en pacientes con diarrea crónica. Rev. Gastroenterol. Perú. 22(4).2002. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/gastro/vol\\_22N4/colitis\\_%20microscopica.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/gastro/vol_22N4/colitis_%20microscopica.htm)
27. Ramírez, V.E. Alarcón, O.M. Villasmil, A. Dávila de Arriaga, A. Villarroel A. Relación entre estrato socioeconómico y presencia de gastritis en adultos que acuden a consulta en el IAHULA (Mérida). MedULA. Rev. Fac. de Medicina. Universidad de los Andes. Vol. 12. No.1-4. 2003:31-35
28. Noguera, J.R. Vargas E. La gastroenterología en el paciente anciano. Rev. Gastroenterol. Mex. Vol. 71. Supl. 2, 2006:35-45
29. Villanueva E. y Cols. Enfermedad hemorroidal en Unidad médica de alta especialidad. Rev. Gastroenterol. Mex. Vol. 71.4.2006:428-432
30. Solana de Lope, J. Colitis microscópica. Rev. Gastroenterol. Mex. Vol. 70. Supl. 3.2005:33-34
31. Arista-Nasr, J. Gastropatías, gastritis aguda y crónica y úlcera péptica. Rev. Gastroenterol. Mex. Vol.70. Supl. 3. 2005:21-23
32. Remes-Trouche, J.M. Estreñimiento: evaluación inicial y abordaje diagnóstico. Rev. Gastroenterol. Mex. Vol. 70 Num.3. 2005:312-322
33. Charva L. y Cols. Desarterización hemorroidal guiada por Doppler. Una alternativa quirúrgica en el manejo de enfermedad hemorroidal. Rev. Gastroenterol. Mex. Vol. 69. Num.2.2004:83-87

34. Martínez M. Julián D. Henoo R. La gastritis crónica atrófica corporal y la edad. Rev. Col. Gastroenterol. Vol. 22. No.1.2007:17-22
35. Toledo, E. Lanyau Y. Pineda D. Hernández M. Estado nutricional y vitaminas B1 y B2 en ancianos no institucionalizados. Rev. Cubana Salud Pública. Vol. 29(3).2003:209-214.
36. Mulet M. Hidalgo S. Díaz S. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. Archivo Médico de Camagüey 2006; 10 (5) <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2065.htm>
37. Wanderley C. Mollo F. Muñoz A. Sobredentadura inmediata y con carga tardía: revisión de la literatura. Rev. Cubana Estomatol 2007; 45 (1). [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44\\_1\\_07/est06107.html](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_1_07/est06107.html)
38. Chai J. Chu F. Chow T.W. Shum N. Influencia del estado dental sobre el estado nutricional de los pacientes geriátricos en un hospital de convalecientes y de rehabilitación. Universidad Complutense Madrid. Revista Internacional de Prótesis Estomatológica. Edición Hispanoamericana, 2006; 8 (4) 368-373 [http://www.ucm.es/BUCM/compludoc/S/10610/11399791\\_1.htm](http://www.ucm.es/BUCM/compludoc/S/10610/11399791_1.htm)
39. Medina C., Pérez R., Moupomé G., Casanova J. Edentulism among mexican adults aged 35 years and older and associated factors. American Journal of Public Health, Oct 1985, 2006: 96 (9) <http://www.ajph.org>
40. Hunt R. Beck J. Lemke J. Kohout F. Wallace R. Edentulism and oral health problems among elderly rural lowans: the Iowa 65+ rural health study. American Journal of Public Health, Oct 1985, Vol. 75, Issue 10 1177-1181. <http://www.ajph.org>
41. Manual de integración y funcionamiento de los módulos de atención gerontológico. Clínica de Medicina Familiar con CECIS Xalostoc. ISSSTE. 2007.
42. Base de datos del Depto. de Vigencia de Derechos. Clínica de Medicina Familiar con CECIS Xalostoc. ISSSTE. 2007.